

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Хайитов И.Б

Бабажонов А.Б

*Кафедра хирургических болезней Ташкентской медицинской академии,
Ташкент, Фарабий 2, Республика Узбекистан*

Актуальность Катхуда и др. успешно выполнили первую в мире тотальную перицистэктомию при лапароскопии в 1992 г., открыв тем самым новую эру лапароскопического лечения эхинококкоза печени. Недавняя публикация Wan et al. показали, что лапароскопия не только дает тот же радикальный эффект, что и открытая хирургия у отдельных пациентов, но также превосходит ее в плане минимальной раны, лучших эстетических результатов, меньшей послеоперационной заболеваемости и более короткого послеоперационного пребывания в стационаре.

Таким образом нет единого мнения четких показаний и противопоказаний к лапароскопическому лечению эхинококкоза печени в связи с разнообразным сегментарным расположением ЭП.

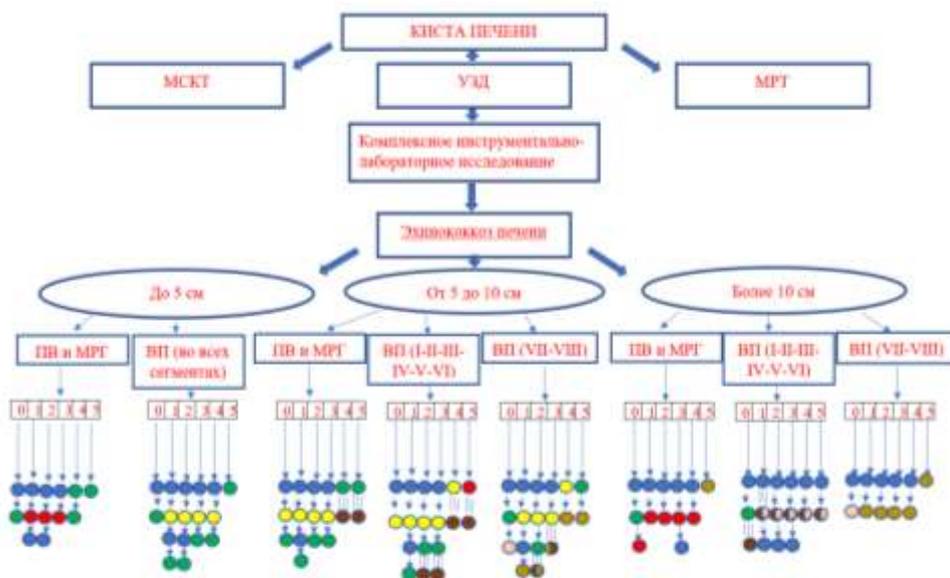
Материалы и методы: В работе представлен опыт лечения 38 больных с эхинококкозом печени, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 города Ташкента в период с 2019 по 2022 гг и в ч/клинике «Инвиво»

Основной задачей для исследования явилась оценка результатов и на основе результатов разработать дифференцированный подход к лечению эхинококкоза печени.

Основу улучшения результатов лечения составил предложенный тактический алгоритм предоперационной подготовки и хирургической дифференцированной тактики у больных с эхинококкозом печени № DGU 19464. Рис№1, направленный на снижение специфических и неспецифических осложнений, а также рецидива патологии.

Результаты: Виды лапароскопических вмешательств были следующими: при всех парциальных перицистэктомиях (6 больных) выполнялась оментопластика. Была выполнена тотальная цистэктомия у 1 больного, лапароскопическая парциальная перицистэктомия и субтотальная цистэктомия у 5 больных. Хирургическими вмешательствами, выбранными для открытого лечения остаточной полости, были частичная перицистэктомия и оментопластика (7 случаев), тотальная перицистэктомия (3 случая) и парциальная и тотальная перицистэктомия (3 случая). Затем в подпеченочное или поддиафрагмальное пространство устанавливали дренаж. Всем пациентам была выполнена оментопластика, за исключением тотальной цистэктомии в открытой операции.

Рис№01



ПВ-поверхностный, МРТ-маргинальный(краевой), ВП-внутрипеченочный, МСКТ- мультиспиральная компьютерная томография, МРТ-магнитно-резонансная томография, УЗИ-ультразвуковое исследование

- - химиотерапия(альбендазолтерапия)
- - динамическое наблюдение
- - лапароскопическая эхинококкэктомия
- - PAIR
- - PAIR дренирование
- - миниторакотомия/лапаротомия
- - лапароскопическое дренирование
- ≡ - при необходимости
- - PAIR дренирование или лапароскопическое дренирование
- - PAIR дренирование или миниторакотомия/лапаротомия
- 0 - С1, 1-СЕ1, 2- СЕ2, 3- СЕ3, 4-СЕ4, 5- СЕ5

С учетом сложности представленных расчетов для удобства в плане расширенного клинического применения была разработана, позволяющая оптимизировать выбор тактики хирургического лечения эхинококкоза печени. На основе научных исследований нами было разработано Алгоритмы дифференцированной тактики выбора хирургического лечения эхинококкоза печени

Статистически значимых различий по возрасту, полу, и перенесших лапароскопическую и открытую хирургию, не было.

Средние размеры кист у пациентов, перенесших открытую и лапароскопическую операции, составили $11,6 \pm 2,3$ см и $10,9 \pm 2,4$ см соответственно. Когда пациентов сравнивали по размеру кисты, кисты были значительно меньше у пациентов с лапароскопической хирургией ($p = 0,012$). Не было существенной разницы между двумя типами операций в отношении цистобилиарного сообщения. Существовала значительная разница между двумя видами операций в отношении локализации кисты. Лапароскопическая хирургия была предпочтительнее для больных с более периферическим поражением, а открытая хирургия была предпочтительнее для больных с более центрально расположенными кистами. Поскольку мы предпочитали открытую операцию при больших кистах (более 15 см), средний размер кисты был больше у больных, перенесших открытую операцию, чем при лапароскопической операции.

Наиболее часто выполняемым видом операции при кистах интрапаренхиматозной локализации была парциальная перицистэктомия и оментопластика в открытой хирургии. цистэктомия и частичная перицистэктомия в лапароскопической хирургии. Мы выполняли лапароскопическую цистэктомию как вид операции при кистах легкой и умеренной локализации в паренхиме печени. Мы отдавали предпочтение парциальной перицистэктомии, если киста располагалась близко к капсуле печени или выступала из паренхимы печени как при открытой, так и при лапароскопической операции. В этом исследовании, в соответствии с нашей операционной стратегией, мы не обнаружили существенных различий в отношении операционных или прогностических исходов между этими методами операции. Мы отдавали предпочтение парциальной перицистэктомии, если киста располагалась близко к капсуле печени или выступала из паренхимы печени как при открытой, так и при лапароскопической операции. В этом исследовании, в соответствии с нашей операционной стратегией, мы не обнаружили существенных различий в отношении операционных или прогностических исходов между этими методами операции. Мы отдавали предпочтение парциальной перицистэктомии, если киста располагалась близко к капсуле печени или выступала из паренхимы печени как при открытой, так и при лапароскопической операции. В этом исследовании, в соответствии с нашей операционной стратегией, мы не обнаружили существенных различий в отношении операционных или прогностических исходов между этими методами операции.

Одним из наиболее важных преимуществ лапароскопической хирургии является то, что лапароскоп может проникать в полость кисты и обеспечивать детальный осмотр. Поскольку изображение увеличено в три раза, на нем лучше видна утечка желчных протоков внутри кисты. Если присутствует желчная утечка, ее можно лечить клипсами или швами.

Наше исследование показало, что у пациентов, перенесших лапароскопическую операцию, были преимущества более короткого пребывания в стационаре, более короткого времени операции, меньшей кровопотери, лучшего косметического эффекта, более быстрого выздоровления и более низкой частоты раневой инфекции. Дренаж обычно устанавливали для предотвращения биломы, абсцесса и желчного перитонита. Если отток желчи продолжался десять дней и более, его называли желчный свищ.

Средняя продолжительность открытой операции составила $70,5 \pm 11,4$ мин и $56,4 \pm 10,4$ мин при лапароскопической операции ($p = 0,001$). Кровопотеря составила при открытой операции $85,5 \pm 5,5$ мл и $58,8 \pm 18,5$ мл при лапароскопической операции ($p = 0,005$). Продолжительность койка дней

составило $4,2 \pm 2,5$ дня и $6,8 \pm 2,6$ дня у больных, перенесших лапароскопическую и открытую операцию, соответственно $p = 0,01$

Выводы: лапароскопическая хирургическая при эхинококкозе хирургии печени является безопасным и эффективным методом лечения для отдельных больных. Это может быть полезной альтернативой для лечения больных с эхинококкозом печени.

Лапароскопическую операцию следует проводить только при периферических расположении кисты печени.